

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

646

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 20 Juillet 1900, à 1 heure

Par KOWLER

Né à Bucarest (Roumanie), le 15 Juin 1876.

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

Traitement de la Conjonctivite Granuleuse

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LEJARS, professeur.

DELBET et BROCA Aug., agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

POUR

N^o 646

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 20 Juillet 1900, à 1 heure

Par KOWLER

Né à Bucarest (Roumanie), le 15 Juin 1876.

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

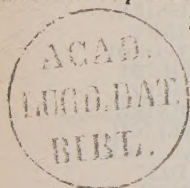
Traitement de la Conjonctivite Granuleuse

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LEJARS, professeur.

DELBET et BROCA Aug., agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MÉRY.	
Chief des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

A MADAME HÉLÈNE CORNESCO

Ancienne Dame d'honneur de S. M. la Reine de Roumanie.

A M. LE PROFESSEUR DAVID EMANUEL

Docteur ès-sciences mathématiques de la Faculté de Paris,
Professeur à l'Ecole des Ponts et Chaussées,
à l'Ecole Normale Supérieure
et à la Faculté de Bucarest.

A MONSIEUR CONSTANTIN C. MANO

Secrétaire général du Commissariat Roumain à l'Exposition de 1900 à Paris,
Ancien Magistrat.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à la Charité

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

A M. LE PROFESSEUR CHARLES BOUCHARD

Membre de l'Institut,

Médecin à la Charité,

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Hommage respectueux d'une
profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GALEZOWSKI

Professeur libre d'ophtalmologie.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DANS LES HOPITAUX DE BUCAREST

A TOUS MES AMIS ET SPÉCIALEMENT A :

GRUNSTEIN Ad., GRECESCO Th.,

GRUN M., CERNEAJ., LES DOCTEURS FRANCO,

RENOUARD ET KOENIG.

A MON COUSIN LÉON KOWLER (de Nice)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Quand nous avons entrepris ce modeste travail, nous savions bien que notre tâche serait difficile, le traitement de la conjonctivite granuleuse étant un sujet qui a été traité avec beaucoup de compétence, cette maladie grave ne datant pas d'aujourd'hui et les traitements divers employés, ayant eu, à tour de rôle, leur vogue.

M. Delens, dans son admirable article sur la conjonctivite granuleuse du *Traité de Chirurgie*, de MM. Duplay et Reclus, s'exprime ainsi :

« Les saillies formées à la surface de la muqueuse par les granulations, sont facilement confondues avec celles que forment les *papilles hypertrophiées* des conjonctivites chroniques. Elles ont aussi une grande analogie avec les *hypertrophies des follicules clos* de la conjonctive, qui constituent les conjonctivites dites folliculaires. Pendant longtemps, ces trois espèces de saillies, ont été considérées comme identiques, et on pla-

çait le siège des granulations vraies dans les follicules clos de la conjonctive, dont on les regarde aujourd'hui comme *indépendantes*. »

Les hypertrophies papillaires et folliculaires formeraient donc des fausses granulations. Après avoir fait une énumération succincte des divers traitements employés, nous allons étudier séparément ceux qui conviennent aux fausses granulations, et aux vraies granulations, et quant à la vraie granulation, le traitement qui serait indiqué à chaque période évolutive de la maladie.

Nous, nous proposons d'abord, de décrire rapidement l'Étiologie, la Symptomatologie et l'Anatomie pathologique des granulations, et, en dernier lieu, le traitement, tel que nous l'avons dit plus haut.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer cette étude, de remplir un devoir de conscience, très agréable pour nous, de rendre hommage à l'enseignement si élevé de la Faculté de Médecine de Paris, où nous avons puisé, dans les leçons de nos éminents maîtres, les principes dont nous ferons notre ligne de conduite au cours de notre carrière. Que nos maîtres des Hôpitaux de Paris, MM. les Professeurs *Bouchard, Potain, Dieulafoy et Marfan; Tillaux, Guyon, et Pozzi; Pinard, Budin, Maygrier et Wallich*, veuillent bien agréer l'expression de notre vive gratitude.

Nous savons gré, tout particulièrement, à MM. les Professeurs *Letulle, Mathias Duval et Blanchard*, qui nous ont témoigné un véritable intérêt dans différentes occasions.

Que M. le Docteur *Lenoir*, médecin des Hôpitaux,

et M. *Charrin*, professeur agrégé, reçoivent l'expression de nos meilleurs remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont montrée.

Que MM. les docteurs *Segall*, ancien chef de clinique de M. *Galezowski*, moniteur à la Faculté, et M. *Critzman*, directeur de l'œuvre médico-chirurgicale, ancien interne des hôpitaux et préparateur à la Faculté, nous permettent de leur donner, ici, cette faible preuve de reconnaissance.

Nous ne saurions oublier nos Professeurs de la Faculté et nos chefs de service de Bucarest, qui, les premiers, ont guidé nos pas dans l'art médical. Nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre gratitude à MM. les Professeurs *Thomas-Jonnei*, *Stoscocesco*, *Severeano*, *Buicliu*, *Minovici*, *Kalinderu*, *Babes*, *Grecesco*, *Kiriac* et *Grosovici*.

Que M. *Ghica*, le Ministre plénipotentiaire de Roumanie en France, et M. *Constantin Général Mano*, le secrétaire de légation, veuillent bien accepter nos remerciements pour le bon accueil qu'ils nous ont fait, et pour le précieux appui qu'ils nous ont donné.

Enfin, nous prions M. le Professeur *Tillaux*, qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse, d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.



DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE

L'*aspritudo* de Celse, le *trachome* ou *trachitis* de Sylvaticus ou la *granulation* de Vetch, qui le premier en Angleterre s'est servi de ce terme, est une néoplasie spécifique, à marche chronique, contagieuse et inoculable.

Les causes de la conjonctivite granuleuse peuvent être divisées en : 1^o causes prédisposantes et 2^o causes déterminantes.

1^o *Les causes prédisposantes* sont : la misère physiologique, l'alimentation défectueuse, les mauvaises conditions hygiéniques, l'air confiné, qui ont une influence incontestable sur le développement de cette maladie, laquelle est surtout l'apanage des classes pauvres.

Le lymphatisme, par la débilitation de l'organisme, crée un *locus minoris résistentiæ*, et prédisposerait l'individu, atteint de cette diathèse.

Les pays chauds, humides et plats sont beaucoup

plus attaqués. A une certaine altitude, elle ne semble plus susceptible de se propager.

On l'observe, dans les agglomérations considérables d'individus. Les grandes villes sont beaucoup plus attaquées que les petites. Elle se montre encore dans les encombrements : dans les écoles, les casernes, les hôpitaux.

Certaines races jouissent relativement d'une sorte d'immunité. Swon Burnett (de Washington) (1) cite les Nègres, Chibret (2) pense de même des Celtes.

Les maladies générales, seraient aussi une cause prédisposante de la conjonctivite granuleuse. M. Galezowski insiste surtout sur la *grippe*.

Les jeunes sujets après 15 ans sont plus souvent atteints, mais on voit quelquefois les vieillards être aussi attaqués. Les adultes payeraient le gros tribut.

Les hommes sont plus souvent affectés que les femmes.

2° *Les causes déterminantes* sont : la contagion directe, par contact d'objets communs, pansements ou infection directe. La contagion *par l'air* a été mise en doute ces derniers temps, jusqu'au point de n'y plus croire.

Les mouches transporteraient le virus trachomateux et seraient un agent de propagation de la maladie.

M. Terson (3) pense que le trachome aurait souvent

(1) Congrès intern. de Berlin, 1890.

(2) Idem.

(3) Le Dentu et Delbet. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. V, 1897.

une origine endogène, de même que la tuberculose. Il pourrait se développer d'emblée *interstitiellement* à la façon des productions ganglionnaires scrofulo-tuberculeuses.

La maladie s'observe fréquemment, sous forme *endémique* et *épidémique*. Il y aurait un foyer endémique en Egypte sur les bords du Nil.

Les irritations venues du dehors, les instillations d'atropine et d'ésérine, les affections des voies lacrymales, seraient la cause des fausses granulations. M. Galezowski insiste beaucoup sur cette dernière cause.

SYMPTOMATOLOGIE

ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE



On pourrait distinguer, dans l'évolution des granulations, trois périodes :

- 1° La période catarrhale ;
- 2° La période proliférante ;
- 3° La période de rétraction ou régression.

On assiste rarement à la première période. Habituellement, le début est insidieux, la maladie se manifeste directement par les granulations. A cette première période, une sécrétion abondante existerait d'emblée, d'un seul ou de deux côtés à la fois, analogue à celle de la conjonctivite purulente. (Ophtalmie d'Egypte).

A la deuxième période, les malades ont l'air de sommeiller, la paupière est alourdie et tombante plus bas que de coutume. La paupière soulevée, laisse voir la muqueuse tarsienne épaissie et rougeâtre, couverte

de granulations. Ces granulations s'étendent jusque dans le cul-de-sac hypertrophié.

La lésion peut être monoculaire ou binoculaire, mais elle pourrait aussi rester monoculaire indéfiniment.

A la troisième période, quand la maladie s'achemine vers la guérison, les tissus se rétractent. Le tarse qui jusque là était infiltré, se réduit à une coque cicatricielle, sinueuse : si on le retourne on voit indéfiniment une ligne jaunâtre horizontale ; les culs-de-sac s'effacent et se peuplent de brides, quelquefois avec atrophie totale du cul-de-sac et *xérosis*.

Les granulations sont dites *simples*, lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de l'hypertrophie concomittante des papilles, ni d'inflammation de la conjonctive. D'apparence charnues, arrondies, demi-sphériques, d'un demi-millimètre à un millimètre de diamètre, d'une coloration rosée ou même rouge jusqu'au gris jaunâtre, suivant leur ancienneté, elles siègent dans le cul-de-sac supérieur et la partie la plus élevée du cartillage tarse, au niveau du bord adhérent.

Quand elles deviennent transparentes elles ont l'aspect d'un grain de tapioca cuit.

Les formes vésiculeuses (Hairion) (1) sont rares à Paris, celles-ci atteignent de deux à trois millimètres de diamètre.

Anatomo-pathologiquement, la granulation est constituée par un amas de cellules lymphoïdes, qui

(1) *Annales d'ocul.*, 1850, t. XXIII, p. 109.

sont groupées surtout à la périphérie. A leur base il y a un stroma cellulaire et des vaisseaux dont les ramifications se répandent dans la masse des cellules et jusque sous le revêtement épithélial, qui passe au-dessus de la granulation. Les petits îlots formés par leur réunion, sont irréguliers et ne forment pas des séries linéaires. Ils sont délimités par des sillons peu profonds.

Quant aux *papilles hypertrophiées*, elles sont plus effilées, plus rouges. Les sillons de séparation sont plus profonds. Elles n'existent jamais sur la conjonctive bulbaire, ni sur le limbe cornéen. Elles ne laissent pas de cicatrice.

Les *follicules clos hypertrophiés* sont disposés en séries linéaires. Ils sont ovalaires et ils occupent le cul-de-sac inférieur de la conjonctive. Ils ont une membrane d'enveloppe.

Il est rare que la conjonctive ne s'enflamme pas au bout d'un certain temps, et que les papilles ne s'hypertrophient pas. Elles entourent alors les granulations vraies et constituent ce qu'on a appelé les *granulations mixtes*. Les signes d'une conjonctivite mucopurulente ne font pas défaut, la conjonctive bulbaire se vascularise et de fins vaisseaux s'avancent au-dessous de l'épithélium du limbe cornéen, envahissant sa partie supérieure. Bientôt, cette partie de la cornée prend l'aspect dépoli, qui a lui seul permet souvent de diagnostiquer la présence des granulations de la paupière supérieure. La conjonctive bulbaire peut s'épaissir et devenir le siège des granulations. Peu à peu

se constitue un *pannus*, qui envahit parfois toute la conjonctive et recouvre la cornée. Les *ulcérations de la cornée* se produisent souvent et se terminent par la perforation avec toutes les conséquences qu'elle entraîne.

L'*astigmatisme irrégulier* serait la terminaison bénigne, dans les cas heureux, lorsque la cornée échappe à ces graves complications.

Les *granulations diffuses* sont constituées, lorsque, à côté des granulations vraies, les follicules clos viennent s'hypertrophier. Ces saillies sont très difficilement distinguées de celles que forme le trachome.

Les fausses granulations s'observent après une inflammation, occupent la totalité de la conjonctive, elles sont plus régulières et siègent à la paupière inférieure. Le bord de la paupière n'est pas désorganisé et la caroncule avec le pli semi-lunaire n'est pas enflammée ni boursouflée (Galezowski) (1).

(1) *Recueil d'ophtalmologie*, 1874.

TRAITEMENT

Avant de décrire le traitement qui convienne à chaque variété de granulations, nous allons parler de la prophylaxie de la conjonctivite granuleuse.

La prophylaxie, qui découle immédiatement de la cause directe de contagion a été indiquée par tous les auteurs.

La misère, entrant pour une large part dans l'étiologie de cette maladie, il s'agirait d'abord de l'amélioration de l'état social des classes atteintes.

Pendant la grande épidémie granuleuse des armées belges, le gouvernement de ce pays avait nommé une commission spéciale pour élaborer les règles à suivre, lorsqu'on se trouve en présence d'une pareille maladie.

Nous nous contenterons de mentionner la chose, sans avoir l'intention d'examiner ici les règles qui ont été longuement discutées, dans les *Annales d'oculistique*.

M. Cuignet (de Lille) en 1872, dans son ouvrage intitulé *L'Ophthalmie d'Algérie*, s'exprime ainsi :

« Les individus doivent éviter de se porter la main vers les yeux, lorsqu'ils ont touché au mal oculaire dont un autre est atteint, ou aux linges, aux eaux dont il fait usage. Ils doivent éviter de se servir pour eux-mêmes, des eaux, des serviettes, des mouchoirs, des pans de vêtements qui ont servi aux pansements ou aux nettoyages des malades, et avoir leurs objets de toilette à eux seuls. Ils doivent cesser tout embrassement, s'abstenir de coucher dans le même lit, en un mot de toute circonstance de rapprochement tel qu'il favorise extrêmement l'inoculation directe de la matière virulente.

« Les petits enfants arrivés au premier âge des jeux, les plus petits encore, à l'âge où on les tient dans les bras, sont extrêmement dangereux les uns pour les autres, à cause de la proximité de leurs rencontres, et de la tendance qu'on a à les embrasser. Nous invitons encore à prendre garde aux mouches, à les chasser ou à protéger sous des voiles légers les enfants endormis dans leurs berceaux. »

L'isolement des malades est une condition importante et nécessaire, c'est le grand moyen pour lutter contre la propagation de la maladie.

Les soins minutieux de propreté de la part des malades et de ceux qui les soignent, viennent constituer de concert avec l'isolement la prophylaxie de ce mal terrible.

Nous avons vu qu'il y avait des fausses et des vraies

granulations, que la vraie granulation d'après son siège, peut occuper la partie antérieure de la conjonctive et son cul-de-sac, d'après son ancienneté, ou, au contraire, être limitée au cul-de-sac conjonctival seul, qu'elle peut être accompagnée de fausses granulations constituant les *granulations mixtes* et *diffuses*, que nous avons déjà décrit, et sur lesquelles nous ne nous attarderons plus ; que les vraies granulations suivent plusieurs stades dans leur évolution. En premier lieu, le diagnostic exact de la maladie devrait être fait. Le diagnostic posé seulement, on a le droit de choisir la médication. De cette manière, dit M. Galezowski, on arrivera à guérir les granulations vraies ou fausses, lesquelles, de même que les vraies peuvent quelquefois ne pas céder, aux divers traitements employés.

Il y aurait donc à diviser le traitement en deux groupes : celui de la fausse granulation et celui de la vraie granulation.

Les fausses granulations ont d'habitude comme origine une infection banale, le lymphatisme, l'irritation produite par les instillations d'atropine et d'ésérine, une inflammation des voies lacrymales. Sur cette dernière cause, M. Galezowski insiste surtout, car les fausses granulations, dit-il, produites par l'irritation continuelles des larmes, dont les voies de sorties sont obstruées, ne peuvent être jamais guéries, qu'on emploie n'importe quel traitement. C'est au symptôme — la conjonctivite — qu'on s'adresse habituellement et non à la cause — l'obstruction des voies lacrymales.

A l'appui de cette thèse, nous produisons deux ob-

servations VI et VII recueillies par nous à la clinique de M. Galezowski. Dans les deux cas, les malades ont été guéris après la désobstruction des voies lacrymales.

Les divers traitements employés tout seuls, n'ont jamais été suivis de résultats vraiment efficaces, avant que cette désobstruction ne soit faite et il n'y a pas de moyens qui n'eussent été essayés pour guérir cette variété de granulations, dit M. Galezowski.

Les antiseptiques, les astringents, les cautérisants, forment l'arsenal médicamenteux pour amener, après la destruction de la cause, la guérison qui ne se laissera plus attendre. On supprimera l'atropine, on appliquera des compresses opiacées ou une pommade belladonnée, des douches de vapeurs d'eau chaude, quand l'irritation aurait été produite par ce médicament.

M. Galezowski (1) préconise le traitement suivant pour les granulations produites par le lymphatisme :

1) Instiller le collyre d'atropine, à faible dose, deux ou trois fois par jour.

2) Introduire entre les paupières, tous les soirs, un peu de la pommade mercurielle suivante :

Oxyde jaune d'hydrargir par voie humide..	0 gr. 25
Glycérine anglaise	1 »
Axonge fraîche.....	5 »

3) Prendre tous les jours, une ou deux fois pendant une demi-heure, une douche de vapeur d'eau chaude au moyen de l'appareil vaporisateur de Laurenço.

4) Faire porter au malade des conserves très foncées,

(1) Galezowski. — *Loc. cit.*

enfumées, entourées de tafetas et le forcer à sortir constamment au grand air.

5) Le régime et les toniques seront en tout, le traitement de ces fausses granulations. Les collyres astringents et les cautérisants ne peuvent qu'aggraver la maladie.

Le traitement des granulations vraies ne doit viser que l'état des granulations. Quand il y a une poussée aiguë, les antiphlogistiques, comme les sangsues, les compresses glacées, les instillations d'atropine, les astringents et les cautérisants combattront efficacement la maladie.

Les astringents et caustiques qui suivent ont été le plus souvent employés :

L'*Alun*, en combinaison avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent, M. Panas retire de grands avantages, du crayon de cristal d'alun, bien taillé, pointu et lisse.

L'*Acétate et sous-acétate de plomb* ont été employés en 1840 pour la première fois par le docteur Buys (1). Puis par de Condée, Gouzée, Cunier. Le *sous-acétate* a été conseillé par M. Galezowski (2) selon la formule suivante :

Sous-acétate de plomb..... 5 grammes

Eau distillée..... 5-10 grammes

dans les cas subaigus, lorsque l'œil ne supporte ni le nitrate d'argent ni le sulfate de cuivre.

(1) *Annales d'ocul, et gynéc.*, 1840, t. II.

(2) Galezowski. — *Traité des maladies des yeux*, 1875, p. 220.

Le docteur Abadie a été le grand propagateur du sous-acétate de plomb, son emploi toutefois sera indiqué aux cas non compliqués d'ulcération de la cornée.

Le *Tannin* employé par Louvain(1), en 1851, a pris une large place dans la thérapeutique oculaire après les expériences de M. Hairion.

La *Teinture de Iode* a été préconisée par le docteur Fromont (2) lorsque les granulations vésiculeuses sont primitives, lorsqu'il y a un point de sécrétion et chez les individus lymphatiques.

Le *Nitrate d'argent*: employé pour la première fois par Scarpa (3), en ophtalmologie contre l'ulcération de la cornée a été prescrit, contre les conjonctivites par Velpeau.

En 1847 Desmarres père, voyant que le nitrate d'argent détruisait la muqueuse au lieu de modifier la vitalité du tissu, fit faire des crayons mitigés de potasse caustique à 1/6, 1/4, 1/8, 1/10. On se sert encore du nitrate en solution ou pommade.

De Grœfe l'employait en pommade.

Glycérolé d'amidon.....	5 grammes
Nitrate d'argent.....	15 grammes

(1) Louvain. — *Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin*.

(2) *Annales d'oculistique*, t. XIX, p. 25.

(3) *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, t. III, p. 82.

Il cautérisait chaque jour ou même deux fois par jour (1).

Le *sulfate de cuivre* a été encore employé par Hippocrate. Makenzie, Desmarres père, Grœfe, Fano (2) s'en sont servi aussi. Les cristaux, la solution, les glycérolés ou pommade, sont ses formes pharmaceutiques. M. le professeur Panas (3) formule le traitement des granulations par le sulfate de cuivre ainsi qu'il suit :

« Les paupières sont retournées et touchées plusieurs fois par semaine avec le sulfate de cuivre ; mais pour que cette action soit complète, il faut exercer avec la pierre sûr les granulations, une friction suffisante, pour qu'elles soient déchirées par cet attouchement ; on passe ensuite sur les parties ainsi touchées un pinceau imbibé d'une solution d'acide borique 5 p. 100, et le malade applique après cette opération sur ses yeux des compresses imbibées d'eau chaude.

A la période, que M. Terson appelle, avec juste raison, la *période floride*, quand les granulations sont venues occuper les culs-de-sac conjonctivaux, quand les complications produites menacent l'œil, soit par un pannus, soit par des ulcérations ; à la suite de l'irritation continuelle des granulations sur la cornée, y aurait-il encore à parler des moyens médicaux ?

(1) *Archive fur ophtalmologie*, t. I, p. 199. Berlin, 1854.

(2) Fano. — *Maladie des yeux*. 1866.

(3) *Journal de médecine et chirurgie pratique*, 1880, p. 265

Suivant le principe « une inflammation chronique cède souvent à une inflammation aiguë », la méthode substitutive a été essayée contre cette période de la maladie. Ce sont le *jéquirity* et l'*inoculation blenorragique*, qui ont été préconisés.

Le traitement par le *jéquirity*, a perdu à l'heure actuelle beaucoup de sa vogue. La graine de l'*arbrus pécatorius*, agit non pas comme on l'avait supposé, par des microbes spéciaux, mais grâce à un principe chimique bien connu aujourd'hui : la *jéquiritine*.

Sauf dans les cas bien spécifiés dit M. Panas (1), on arrive à conclure, que le jéquirity, constitue un médicament infidèle, parfois dangereux et bon seulement contre le pannus sarcomateux dérivant du trachome. Pour s'en convaincre, il suffit de citer l'avis de Sattler (2). Il m'arrive encore, dit-il, de me servir utilement du jéquirity deux à trois fois l'an : c'est contre le pannus cornéen, qui accompagne les vieux trachomes que je l'emploie. Dans ces cas on n'a vraiment pas à craindre les complications imputables au jéquirity. Je n'en use jamais dans le pannus scrofuleux, donnant la préférence à l'application de pommade au bioxyde de mercure, à laquelle je joins un traitement général par les eaux chlorurées sodiques.

Pagenstecher (3) et Gunning (4) reconnaissent l'inef-

(1) Panas. — *Traité des mal, des yeux*, 1894, vol. II, p. 238.

(2) Sattler. — *Klin. M. B.*, p. 102, 1889.

(3) *Klin. Monatsbl.*, p. 102, 1889. Pagenstecher.

(4) Gunning (Ibidem).

ficacité du jéquirity sur le trachome, l'un, fait observer qu'on a les récidives plus fréquentes quant au traitement du pannus par le jéquirity ; l'autre, nous apprend qu'on pourrait avoir des résultats pour le pannus total de la cornée et de la conjonctive, mais appliqué alors que ces membranes sont peu altérées, le jéquirity enflamme outre mesure la première et détruit la seconde.

Walker (1), en 1811, tenta le premier l'inoculation blennorrhagique. Pratiquée après par Jøger de Vienne, Warlomont (2), van Roosbroech, Piringer (3) et Bader (4), Desmarres, Sichel fils et son élève Brière, du Havre, Panas, en 1878, Février et Abadie, en 1883, cette méthode est dangereuse. M. Panas (5) s'exprime ainsi à son sujet : « Sans doute, on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé tous les autres moyens thérapeutiques et seulement alors que la cornée est enfouie dans le pannus granulomateux et que ni le jéquirity, ni la tonsure sanglante ou ignée ne sont parvenus à procurer la guérison.

MM. de Wecker, Galezowski et Grœfe s'élève contre cette méthode. MM. Follin et Duplay (6) disent que : « si

(1) Walker. — *Edinb. Med. and Surg Journal*, p. 1, 1811.

(2) Warlomont. — *Traité de Makenzie*, t. I.

(3) Piringer. — *Die Blennorrhæe am Menschenauge*. Prague, 1851.

(4) Bader. — *Ann. d'ocul.*, t. XXIII.

(5) Panas. — *Loc. cit.*

(6) Follin et Duplay. — *Traité élément. de path. ext.*, t. IV, p. 301.

l'on réfléchit au danger de susciter une ophtalmie purulente dans un œil déjà malade, complications cornéennes qui en sont la conséquence, pour peu qu'il existe un chémosis considérable... on se montrera très réservé dans l'emploi de cette méthode. Pour nous, nous n'osons la conseiller, ni même la recommander comme moyen exceptionnel. »

Il ne nous reste donc qu'à exposer les traitements curatifs chirurgicaux et à décrire avec plus de détails celui auquel nous donnons la préférence.

Le raclage des granulations a été déjà indiqué par Hippocrate (1). Il raclait les granulations avec un écheveau de laine brute, jusqu'à la dénudation du cartilage tarse. Après, il cautérisait la surface raclée de la cononctive : « Lorsque vous aurez à râcler les paupières, disait il, faites-le d'abord, puis cautérisez avec un cautère fusiforme en bois, autour duquel vous aurez roulé de la laine de Milet crépue, pure, et faites bien attention de ne pas toucher la prunelle de l'œil et de ne pas brûler jusqu'au cartilage tarse. Le signe qu'il ne faut pas pousser plus loin le râclage, c'est qu'il ne s'écoule plus de sang rutilant, mais un liquide tenu, sanguinolent ou aqueux. Alors il faut faire une onction avec l'un des médicaments liquides contenant de la fleur de cuivre. »

L'Ecole d'Alexandrie, contre les aspérités ou trachome, faisait le raclage avec le revers d'une feuille de

(1) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, édition Littré, 1861, t. IX, ch. iv.

figuier, ou mieux encore au moyen de la lime ou scalpel.

Galien était l'adversaire du traitement par le raclement, tandis que *Paulus*, son contemporain, avait même inventé un instrument pour le faire : le *blepharoxysos*.

Les Arabes préconisent la *curette tranchante*. *Isaac Iudeus* et *Rhazès* l'ont employée.

Au XVIII^e siècle, *Woolhouse* s'attribue la découverte du raclage. Il avait inventé un instrument curieux : *Xystrum*, fait d'épis de seigle, qui avait la forme d'un pinceau. *Paul d'Égine* avait son instrument : *blepharoxyston*, ressemblant au *cardeur* de *Borelli*.

Luteus, *Preuss* et *Stelwag* (1) excisaient aux ciseaux les grosses granulations végétantes, au moment de la grande épidémie survenue à la suite des guerres de l'Empire. *Piltz*, allant plus loin, pratiquait couramment des scarifications profondes et touchait la surface avec le sulfate de cuivre. En 1859, *Borelli* revint au brossage. Un des défenseurs du raclement, dans ces derniers temps, fut *Bardenheuer* (2). *Anagnostakis* (3) et *Katzauroff* s'en vantaient de ses bons résultats.

Roger de Parme, *Alexandre de Trales*, *Woolhouse* employaient les scarifications. *Paul d'Egine* (4) se servait tantôt de la pierre ponce ou d'os de seiche,

(1) *Berl. Kl. Woc.*, 1869, p. 446.

(2) *An. d'oc.*, t. LXVIII, p. 20.

(3) *Vratch. Revue clinique de Saint-Petersbourg*.

(4) *Fano*. — *Mal. des yeux*, 1866, t. I, p. 534.

tantôt de la peau rugueuse de quelques espèces de poissons.

Desmarres inventa un scarificateur spécial pour les scarifications superficielles.

Græfe employa aussi la scarification superficielle en Allemagne.

Borelli (1), en Italie, fit construire son appareil : le scardasso. *Paoli* (2), son compatriote, en inventa aussi un.

Sattler de Prague, dernièrement, est revenu aux scarifications.

Darrier (1) qui eut l'occasion de voir opérer Sattler, commence, lors de blépharospasme prononcé, par débri-der la commissure externe, ce qui lui permet de mettre plus complètement à découvert les culs-de-sac. En supposant que la conjonctive bulbaire, et la caroncule soient le siège de granulations et la cornée atteinte de pannus, il applique le blépharostate à ressort tend la conjonctive bulbaire avec la pince, gratte et brosse la surface, ainsi que le pannus, sur lequel il agit avec beaucoup de précautions, pour ne pas entamer le tissu sain de la cornée. Si la caroncule est trop infiltrée, au lieu de la scarifier et de la gratter il l'excise. Le second temps de l'opération consiste dans le *brossage préparatoire*. Pour ne pas être gêné par l'écoulement sanguin, il commence par la paupière in-

(1) *An, d'ocul.*, 1871, t. LXV, p. 155.

(2) *Ibidem*.

(1) Fourrey, 1892, thèse inaug.

férieure. La brosse doit être en crins durs et courts; on l'aseptise soigneusement en la trempant dans l'alcool absolu, puis dans une solution chaude de sublimé ou cyanure de mercure à 1 o/o. A mesure qu'elle s'imprègne de sang, on la nettoie dans la solution mercurique à 1/500. La surface granuleuse ainsi antiseptisée, on pratique des scarifications en série plus ou moins profondes, suivant les cas. A mesure que le tissu pulpeux est mis à découvert, on l'enlève avec une petite cuiller à bord tranchant.

Le troisième temps est le brossage final. On l'exécute comme au début, en usant toutefois de plus de force, mais sans déchirer les ponts de conjonctive qui séparent les incisions les unes des autres. Une autre précaution est de s'attaquer d'abord au fornix et de ne pas négliger en dernier lieu la partie du bord libre saisie avec la pince ectropionnante. Une fois les deux paupières scarifiées, grattées et brossées, on procède au nettoyage minutieux, au sublimé faible, de toute la surface de la conjonctive. Les jours suivants on fait des lavages antiseptiques, et, pour diminuer l'irritation on pratique quelques attouchements avec le glycérolé de plomb ou tout autre substance cathéterique.

Knapp (1) s'applaudit de l'expression du tissu trachomateux au moyen d'une pince, dont les branches, en forme d'étrier à leurs extrémités, porte un rouleau en cannelures.

Il commence par éverser les paupières, puis il pra-

(1) Knapp. — *Arch. f. Augenheilk.*, XXV, p. 177, 1892.

tique des scarifications en série sur la conjonctive avec le bistouri à trois lames de Johnson. Saisissant alors avec sa pince la conjonctive, il exprime le plus possible le tissu mou des granulations si le tarse en est infiltré, ce qui est fréquent, il applique la pince à cheval sur la paupière, l'une des branches du côté de la peau, l'autre sur la conjonctive et agit, comme précédemment. Il termine par un lavage antiseptique, avec une solution d'acide borique à 4 o/o ou du sublimé à 1/5,000 et les jours suivants, il répète les mêmes lavages.

Le procédé de *Lindsay Johnson* (1) consiste en incisions sériees, en électrolyse des sillons et en lavages antiseptiques.

Le *piquage* « penzechiomento » fait à l'aide d'une lancette pyramidale bien aiguë, fut pratiqué par le *docteur Mariano*, médecin de division de l'armée italienne.

Le *Massage* pratiqué encore par *Severus*, prôné à nouveau par *Pagenstecher* et *Costomyris*, a été employé par *M. Kirmisson*, ces temps derniers.

Korn (2) (de Breslau) employa le premier le thermocautère en 1870, puis *Berthold* (3) en 1882 et *Reich* (4) en 1888.

(1) Lindsay Johnson.— *Arch. fur Augenh.*, XXII, p. 80, 1891.

(2) *Berl. Med. Woch.*, 1870, p. 221.

(3) Ibidem.

(4) *Klin. M. B.*, 1888, p. 56.

Dransart (1) préconise les injections sous-conjonctivales de sublimé à 1/1,000, combinées au brossage et scarifications.

L'*excision* des grosses granulations, a été pratiquée encore par *Hippocrate*, qui cautérisait ensuite la plaie avec du fer rouge.

Pendant l'épidémie qui sévit sur l'armée belge l'*excision* fut pratiquée. *Luteus* (2) l'employa en 1834, mais a eu des insuccès quand il s'agissait du vrai trachome. *Gouzée* (d'Auvers), *Cunier* (3) (Florent) employèrent aussi cette méthode. *Desmarres* père, parle des difficultés qu'on éprouve pour atteindre les granulations par les moyens curatifs lorsqu'elles sont réunies en chapelet *au de-là du tarse* dans les *replis conjonctivaux* (culs-de-sac).

Coursserant en 1862 avait proposé l'abrasion du tarse.

De *Wecker* et *Landolt* sont les adversaires acharnés de tous les traitements destructifs des granulations. Il faut inscrire ici, en tête, *que tout traitement qui attaque directement les granulations est mauvais* (4). Du même avis se trouvent de *Græfe*, *Saemich*, *Schweigger* (5) qui rejettent tout à fait l'*excision*. *Heisroth* et *Preuss* (6) sont d'avis contraire.

(1) *Soc. franç. d'opht.* 1892, p. 124.

(2) *Ann. d'ocul. et gynec.*, t. II, p. 199.

(3) *Ibid.*

(4) De *Wecker* et *Landolt*. — *Traité complet d'ophtalmologie*, 1880, t. I, p. 378.

(5) *Graefe und Saemich Handbuch fur gesaminte Augh.*, 1896.

(6) *Berl. Kl. Woch.*, 1869.

L'*écrasement*, que M. Cuignet (1) a employé le premier, ne peut s'appliquer qu'à des cas spéciaux, les granulations étant très anciennes, molles, très friables. M. Tastot (2) l'aurait employé lors d'une épidémie dans les écoles et dit s'en être bien trouvé, dans les cas où les granulations étaient volumineuses.

Le docteur Stoks en 1866 avait inventé un petit appareil se composant d'une petite plaque d'ivoire courbée suivant la forme de la cornée et reliée à une plaque parallèle et de même forme au moyen d'une monture. On faisait *la compression* des granulations l'appareil restant en place deux heures.

Dernièrement (3) Mme Laticheff, dans sa thèse inaugurale, nous donne la description des deux procédés de traitement du trachome par la transplantation de la muqueuse buccale, dus à MM. Sapejko et Noïszewski, de Saint-Petersbourg.

Sapejko employait la greffe de la muqueuse buccale à la période de cicatrisation, tandis que Noïszewski la préconise dès le début.

Sapejko a employé cette méthode chez huit trachomateux, et le procédé opératoire employé est le suivant :

« Il commence par inciser la commissure externe de l'œil, puis à travers le bord libre des paupières il passe quatre fils, deux pour chaque paupière, lesquels fils

(1) *Loc. cit.*

(2) *Rec. d'ophth.*, 1889.

(3) Mme Laticheff. — Th. de Paris, 1899.

sont confiés à deux aides qui peuvent en tirant sur eux renverser les paupières et transformer la surface très inégale de l'œil en une place presque plate.

« On procède alors à la dissection de la conjonctive, en laissant autour de la cornée une bordure de conjonctive large de 2 millimètres, destinée à la fixation du lambeau de la muqueuse buccale. On commence la séparation par la conjonctive bulbaire, ce qui est plus facile grâce à la présence en cet endroit du tissu sous-muqueux. Quand on arrive près du bord supérieur du tarse, on excise la conjonctive en même temps qu'une couche du tarse. A cet effet Sapejko procède de la manière suivante :

Il introduit une spatule d'Egger sous la paupière renversée, qu'il maintient dans cette position à l'aide des fils introduits d'avance, et il arrive à opérer facilement sur la surface profonde du tarse.

« Lorsque les deux culs-de-sac conjonctivaux sont ainsi détruits, on dissèque d'abord un lambeau de la muqueuse buccale pour couvrir la paupière supérieure qu'on fixe d'un côté avec cinq points de suture à la bordure de la conjonctive laissée autour de la cornée et de l'autre par dix points au moins, au bord de la paupière. On dissèque ensuite sur la muqueuse buccale un autre lambeau un peu plus petit pour la paupière inférieure.

« Pour former les replis du sac conjonctival, on fait deux sutures en anse de Imellen, au niveau de chaque repli.

« Les dimensions du lambeau doivent correspondre

aux dimensions des paupières renversées et tendues après la dissection de la conjonctive.

« Au niveau des angles de l'œil où les deux lambeaux se touchent, on met trois points de suture pour chaque angle ».

Cette opération de Sapejko nous paraît dangereuse dit M^{me} Laticheff, en effet, si la greffe de la muqueuse buccale ne réussit pas, l'œil reste sans conjonctive et des nombreuses conséquences fâcheuses en résultent. La nutrition de la cornée est compromise et enfin les mouvements des paupières et de l'œil peuvent être entravés.

Voici en quoi consiste le procédé de Noiszewski :

« On commence par renverser la paupière sur la conjonctive on trace avec le couteau de Graeffe les limites du lambeau à disséquer, qui doit avoir la forme d'un quadrilatère dont le bord inférieur, long de 2 centimètres, est tracé à 4 ^{m/m} du bord libre de la paupière et parallèlement à lui. Le bord supérieur du quadrilatère aussi long que l'inférieur, est tracé parallèlement à celui-ci, à une distance de 15 ^{m/m}. Ces deux incisions horizontales sont ensuite réunies par les incisions verticales.

« Après avoir ainsi limité le champ opératoire, on pratique un grattage avec une curette tranchante en allant jusqu'au tarse qui prend un aspect blanchâtre. Pour ne pas compromettre la vitalité du lambeau, on n'emploie pas d'antiseptiques proprement dits et on ne se sert pendant toute la durée de l'opération que du sérum artificiel physiologique.

« Lorsque le champ opératoire est ainsi préparé, on dessine avec le couteau de de Graeffe, sur la muqueuse de la lèvre inférieure, le lambeau ayant les mêmes dimensions que le lambeau conjonctival (2 cm. de long sur 15 mm. de large) ; on passe les pinces de Snellen et on le dissèque. Le lambeau une fois disséqué et tenu dans la main pour le préserver contre le refroidissement, on enlève le sang coagulé qui se trouve à la surface curetée de la paupière et on y applique le lambeau buccal. Pour le fixer à la conjonctive il faut cinq points de suture, dont deux pour le fixer au bord libre de la paupière. On passe ces deux fils en allant de la muqueuse vers la peau ; on les serre d'abord très modérément, en ayant soin de comprendre les bords libres dans les nœuds. Les trois autres points de suture n'intéressent que la conjonctive ; deux sont placés aux extrémités de l'incision ; le troisième au milieu du bord supérieur du lambeau.

« A la fin de l'opération on serre davantage les points de suture du bord libre.

« Après l'opération on met un pansement compressif en tarlatane amidonnée pour immobiliser l'œil. Si le malade ne souffre pas, on laisse ce pansement sans le toucher pendant deux ou trois jours. Au premier changement de pansement, on lave l'œil avec une solution de sublimé à 1 pour 5000 et on met un pansement ouaté ordinaire.

« Si tout va bien on enlève au 6^e jour les points de suture près du bord libre et, au 10^e jour, les trois autres. Le lambeau adhère déjà au tarse. »

« Quant aux indications et à l'efficacité de cette opération, M. Noïszewski est arrivé à la conclusion suivante :

« En admettant l'existence de deux formes principales du trachome chronique (la forme molle et la forme dure), Noïszewski trouve notamment que son procédé est particulièrement indiqué dans le trachome dur en raison de ce fait que dans cette forme la lésion est localisée au début du segment moyen de la paupière.

« Pour Noïszewski, la conjunctivo-plastie est contre indiquée dans tous les cas où on peut espérer d'obtenir la guérison par d'autres moyens et surtout dans le cas où la cornée est saine, transparente et conserve sa sensibilité normale. Noïszewski, a notamment remarqué, que la cornée normale n'est pas indifférente au changement de nature de la muqueuse.

« Les suites de l'opération sont très favorables pour la vision, même dans les cas où le trachome est accompagné de pannus sarcomateux.

« Il faut encore noter que le lambeau est réfractaire au processus trachomateux et que parfois, il exerce une action favorable sur les parties voisines de la conjonctive atteintes de trachome. Ces parties se nettoient bientôt et prennent l'aspect de la conjonctive à la période post-trachomateuse. On observe en même temps une sécrétion muqueuse très abondante. »

Ces derniers procédés sont trop récents pour pouvoir en juger.

Le brossage, tel qu'il est exécuté produit la chute de

l'épithélium de revêtement sur une grande étendue, les cellules lymphoïdes sous-jacentes tombent également, seulement elles repullulent soit par division, soit par diapédèse, et avant qu'une nouvelle couche d'épithélium de revêtement puisse se reformer, on a une prolifération très active de lymphocytes, lesquels, dans certains cas, peuvent former de véritables bourgeons lymphoïdes avec un stroma conjonctif, ce qui entretient toujours l'irritation et amène le *pannus*.

Admettant qu'on continue le brossage, et comme on ne peut pas le limiter exactement, on arrive jusqu'à la tarse et celui-ci subit également une destruction, — une rétraction — ce qui donne les rétractions cicatricielles des granuleux.

Le *massage* exerçant toujours une action mécanique destructive identique au brossage, doit être rejeté pour le même motif.

L'*expression* du tissu trachomateux, telle qu'elle est pratiquée par Knapp, est une opération longue et peu favorable.

Elle a pour but de faire sortir l'amas des lymphocytes d'une papille. Les lymphocytes sortis, d'autres les remplacent.

Admettant qu'on fait sortir tous les lymphocytes de toutes les papilles, il en reste encore dans la profondeur.

La conjonctive granuleuse est couverte de quantités considérables de papilles; pour exprimer chaque papille, il est presque impossible de le faire, et cela constitue d'ailleurs une opération excessivement laborieuse.

Une papille débarrassée de son contenu lymphocy-

tique par l'expression, admettant même que les lymphocytes ne s'y amassent pas de nouveau, laissera toujours une cicatrice vicieuse en place, et toutes réunies, formeront des cicatrices irrégulières très nuisibles à la cornée (1).

Les scarifications répétées, donneront également des cicatrices déformantes.

Le procédé de Richet Galezowski, auquel nous donnons la préférence, est l'excision du cul-de-sac conjonctival sans toucher au cartilage tarse. Le procédé de Jacobsohn-Heisroth, avec la résection du tarse, a été employé par Richter (2), l'élève de Heisroth. Il consiste dans la résection du cartilage tarse, en respectant le bord libre qu'ils ont soin de suturer avec la conjonctive du cul-de-sac. Richter ne manque pas de citer des succès ainsi obtenus. La conservation du cartilage tarse, dit M. Galezowski, est une condition indispensable pour que les suites opératoires soient bonnes. Il rejette totalement ce procédé.

Le docteur Parisotti (3) parle ainsi du procédé Richet Galezowski, pratiqué déjà en 1822 par Benedikt (4),

(1) Segall. — *Contribution à l'anatomie pathologique des conjonctivites granuleuses; Etude comparative des muqueuses conjonctivales traitées par l'excision simple (procédé de Galezowski) et par le brossage.* (Bulletin et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie, année 1898, p. 449, 454).

(2) Richter. — *Graef's Arch.* XXXI, 4, p. 73. 1885.

(3) *Recueil d'ophtalm.*, juin 1883, p. 337.

(4) *Benedikts Handb. der pract. Augenh.* Leipzig, t. I, p. 83, 1822.

puis par Himly et Andrœ(1) : « C'est la seule excision du cul-de-sac qui peut sauver l'œil et mettre le malade à l'abri des accès qui lui font suspendre de temps en temps ses occupations et qui ont une influence si fâcheuse sur son esprit. »

L'excision du cul-de-sac, a été pratiquée en France, pour la première fois, par Richet. Son procédé est le suivant :

« On commence par inciser l'angle externe de l'œil, y compris la peau, la couche musculaire, les tissus fibreux et la conjonctive, comme cela se fait dans le cas d'entropion. Ce premier temps d'opération terminé, on a une grande facilité pour le renversement des paupières.

Après avoir confié l'une et l'autre à un aide, qui doit les écarter fortement, on saisit alors avec des petites pinces les plis conjonctivaux et on les excise avec des ciseaux.

M. *Galezowski* dans le *Recueil d'ophtalmologie* de 1874, et tout récemment dans celui de 1899 nous donne la description suivante de son procédé opératoire.

« Pour que l'excision du cul-de-sac conjonctival donne de bons résultats, il faut observer les conditions suivantes :

1^o L'excision ne doit comprendre que la conjonctive.

(1) Himly. — *Die Krank u Misbild des Menchen Aug.* Berlin, 1848.

2^o Elle doit se prolonger le plus loin vers les deux angles :

3^o L'excision ne doit pas comprendre le tarse.

« Je pratique l'opération de l'excision du cul-de-sac conjonctival de la manière suivante :

Après avoir anesthésié l'œil malade à l'aide du collyre de cocaïne ou même endormi le malade, je renverse la paupière supérieure et saisis avec ma pince double à érigne, appelée pince à granulations, le cul de sac conjonctival et l'entraîne au dehors en cherchant autant que possible, à le luxer sur le tarse, pour ne pas l'accrocher avec la pince. Je confie cette pince à mon aide, placé au chevet du lit, et je commence la dissection de la conjonctive d'abord dans sa limite bulbaire et ensuite près de son bord tarséen. L'incision postérieure ne doit pas empiéter sur le globe de l'œil, ni dépasser l'épaisseur de la conjonctive. La dissection de la conjonctive près du bord tarsé en et en avant de la pince doit se faire avec beaucoup de soins, pour ne pas enlever le tarse, ni empiéter sur la conjonctive bulbaire, l'un et l'autre de ces accidents pouvant entraîner des suites fâcheuses. Je procède de la même façon pour les deux paupières ; j'arrête l'hémorrhagie, je nettoie l'œil de tout le sang coagulé et je fais appliquer des compresses glacées. Trois jours après, je recommencé les cautérisations habituelles, et ordinairement, après un à trois mois de ces cautérisations, j'obtiens des guérisons radicales ou du moins des améliorations de plus en plus marquées. J'ai pratiqué

cette opération plus de deux cents fois et toujours avec un succès remarquable.

Ces cautérisations post opératoires sont faites très légèrement avec une solution de :

Nitrate d'argent..... 0.25 centigrammes.

Eau distillée 10 grammes.

neutralisées avec une solution salée de :

Chlorure de sodium... 3 grammes.

Eau..... 10 —

S'il y a une sécrétion purulente, on peut employer journellement des douches de vapeur phéniquées : 1 gramme d'acide phénique pour 100 grammes d'eau.

Les bourgeons charnus, qui se produisent quelquefois, pendant la cicatrisation de la petite plaie du cul-de-sac, seront excisés avec des ciseaux courbes.

Les complications de la cornée, particulièrement le pannus, disparaissent lentement à mesure que les granulations guérissent.

Le docteur Parisotti s'exprime ainsi quant aux suites opératoires, en s'appuyant sur de nombreuses observations :

« L'excision du cul-de-sac n'est jamais suivie d'entropion, pourvu qu'on se garde bien d'entamer les tarses. Mais on dira : la cicatrisation qui se fait après votre excision doit bien faire adhérer le bord du tarse à la conjonctive bulbaire. Quand l'excision est faite à temps, il reste dans le cul de-sac assez de conjonctive pour que les mouvements du globe de l'œil ne soient nullement gênés. En outre, c'est toujours une cicatrice linéaire nette, qui se produit et il n'y a jamais de brides

qui attirent l'un contre l'autre le bulbe et le bord du tarse (1),

Voukchewitch (2), dans sa thèse inaugurale, avec observations à l'appui, prouve que l'excision du cul-de-sac conjonctival n'a aucun inconvénient, ni immédiat, ni consécutif. Un petit œdème, avec ecchymose de la paupière supérieure sont toutes les complications qui suivent l'opération et qui ne durent que deux ou trois jours. Jamais d'hémorrhagie. Une inflammation assez intense avec douleurs périorbitaires, plus ou moins fortes, pourrait survenir quelquefois. Comme conséquences éloignées, il n'y en a aucune ; il n'existe pas de déformation des paupières.

J'aurais de la peine à produire les observations de tous les cas opérés, ce serait peut être trop long, je ne produirai que quatre observations récentes suivies comme d'habitude de guérison.

Le procédé a été employé depuis par le docteur Abadie (3) en 1876.

En 1879, c'est le docteur Giffa (4) qui rapporte sept observations à l'appui.

En 1882, le docteur Brachet (5) publia une note sur le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse.

(1) *Recueil d'ophtalmologie*, juin 1883, p. 335.

(2) Voukchévitch. — *Etude sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse*. Th. de Paris, février 1884.

(3) Abadie. — *Traité des mal. des yeux*, t. I, p. 141.

(4) *Rec. d'opht.*, 1879, p. 607.

(5) *Ibidem*, janvier 1882.

Double guérison. Examen des yeux huit ans après l'opération.

En 1883, le docteur Parisotti (1), relate quinze cas suivis de guérison.

Dernièrement le procédé a été employé en Allemagne par Sneller, en 1885 (2) par Eversbruch et Schwab (3).

Le professeur Kuhnt (de Kœnigsberg), a adopté ce procédé. Dans un travail récent sur la conjonctivite granuleuse publié en 1898 (4), il s'exprime ainsi :

« Les interventions réellement chirurgicales doivent être réservées aux cas qui ont résisté aux traitements médicamenteux. Le procédé le plus simple est l'excision du cul de sac conjonctival, par le procédé *Richet-Galezowski* ».

(1) Id. *Loc. cit.*

(2) Sneller. — *Arch. fur Opht.*, XXX, 4, p. 133.

(3) Panas — *Loc. cit.*

(4) Clin. opht. de Jags et Darrier, 1898.



OBSERVATION I

Due à M. Segall, chef de clinique de M. Galezowski.

M. Huzard, 15 ans, de profession emballeur, atteint de conjonctivite granuleuse.

Antécédents personnels : La maladie a débuté il y a cinq ans. Auparavant il n'a jamais eu mal aux yeux ; il a eu une bronchite à l'âge de 3 mois, des rhumes de temps en temps pendant cinq ans ; a eu la rougeole à l'âge de 4 ans ; la coqueluche à l'âge de 8 ans ; oreillons à l'âge de 9 ans.

Toutes ces maladies n'ont pas laissé des complications du côté des yeux.

Le malade s'est aperçu, il y a cinq ans, que ses paupières gonflaient et suppuraient en même temps (la mère nous dit qu'un petit camarade de son fils était atteint d'une maladie des yeux, ce qui aurait pu contribuer la contagion). Le malade fut conduit chez le docteur Landolt, pendant trois fois, qui lui prescrivit un traitement consistant en lavages au sulfate de zinc et cautérisation avec une pierre verte.

L'amélioration ne se produisant pas, il fut amené à la clinique du docteur Galezowski.

M. Galezowski a excisé le cul-de-sac supérieur de chaque côté en 1895. Le cul-de-sac inférieur droit a été incisé il y a trois ans. Après l'excision on lui fait prendre des douches phéniquées avec des alternatives de collyre au sulfate de zinc

et des cautérisations au nitrate d'argent. Les paupières dégonflèrent complètement, la suppuration disparut et actuellement le malade est complètement guéri n'ayant aucune complication du côté de la cornée; acuité visuelle : 1.

OBSERVATION II (Personnelle).

M. C..., âgé de 19 ans, demeurant à Paris, de santé excellente et très bien développé.

A l'âge de 15 ans, il était atteint d'une ophtalmie granuleuse double. Il fut soigné pour cette maladie chez un oculiste de Paris, pendant un an et demi. Mais pendant tout ce temps, l'état de ses yeux n'alla qu'en s'aggravant.

En 1898, le malade fut amené chez M. Galezowski, qui constata une conjonctivite granuleuse des deux côtés, mais plus intense du côté gauche. Il le soigna pendant quelque temps par les moyens ordinaires, à la suite desquels il se produisit une amélioration notable du côté droit, mais en revanche une aggravation du côté gauche. Pour cette raison il n'hésita pas à faire l'excision du cul-de-sac. Le traitement continué encore pendant un an, amena une guérison complète. Depuis 1899, aucune récurrence ne s'est produite.

Le malade a été revu en 1900. Son état est le suivant :

Les mouvements des deux paupières sont absolument normaux. La paupière gauche opérée ne diffère en rien de celle du côté droit qui n'a pas subi d'opération. Les conjonctives ne présentent pas de cicatrices. Les cornées sont d'une transparence parfaite,

L'acuité visuelle est normale.

OBSERVATION III (Personnelle).

M^{lle} Louise C..., âgée de 18 ans, lymphatique, sujette aux angines fréquentes. Elle a toujours eu des engorgements ganglionnaires du cou, mais sans suppuration.

En 1897 elle contracta une ophtalmie granuleuse double d'une de ses camarades atteinte de cette maladie. L'œil gauche fut pris le premier, mais l'œil droit ne tarda pas à se contagionner. Lorsqu'elle a commencé à avoir de la gêne fonctionnelle de la vision, elle se présenta à la clinique de M. le docteur Galezowski, où on constata une conjonctivite granuleuse double et où on institua le traitement approprié. Une amélioration fut obtenue après six mois de traitement, après quoi la vision n'étant pas très gênée, la malade resta un an sans rien faire. Mais en novembre 1898, une poussée subaiguë survint et la malade revint à la consultation.

Voici dans quel état étaient ses yeux, le 5 novembre 1898 :

Œil gauche : En renversant la paupière, on voit la muqueuse hypertrophiée, fortement injectée, boursouflée, parsemée de granulations gris-jaunâtres, arrondies, nombreuses, surtout dans les culs-de-sac supérieurs, et très développées. La conjonctive bulbaire est rouge et très injectée. La sécrétion purulente est abondante. La cornée est ulcérée, grisâtre et recouverte d'un pannus léger.

Oeil droit. — Tous les symptômes sont moins accentués qu'à l'œil gauche.

En regardant la malade en face, on voit la tête penchée en

avant et les yeux fermés. Les yeux pleurent et ils craignent la lumière. Blépharo-spasme léger.

15 novembre. — L'excision des deux culs-de-sac supérieurs fût faite.

Le 17. La malade a eu une légère fièvre depuis le jour de l'opération. Œdème et ecchymose des paupières supérieures.

Le 18. Douleurs péri-orbitaires des deux côtés. Sécrétion assez abondante. 4 sangsues aux tempes. Atropine.

Le 25. Les phénomènes inflammatoires n'existent pas depuis deux jours. Cautérisation au nitrate d'argent (0,25 dans 10 gr. d'eau).

Le 14 décembre. La malade, sort de la clinique, guérie.

OBSERVATION IV (Personnelle).

M. Jules A..., mécanicien, âgé de 17 ans, demeurant à Paris, contracta une ophtalmie granuleuse de son frère qui était atteint de la même maladie. Pendant deux ans il fût traité dans une clinique ophtalmologique de Paris, par les moyens les plus différents. A la suite de ces traitements variés, il se produisit une légère amélioration qui ne dura pas longtemps. Les poussées subaiguës se succédèrent à plusieurs reprises, et elles aggravèrent l'état des yeux à un point tel que le malade abandonna ladite clinique et resta pendant quelque temps sans traitement, complètement désespéré.

Puis ses parents le conduisirent à la clinique du docteur Galezowski, qui trouva les yeux dans un état déplorable. Il le soigna pendant plus d'un an sans grand succès. Les symptômes

subaigus disparurent, mais pour reparaître ensuite plus graves qu'auparavant. Enfin, les parents du malade donnèrent leur consentement à l'opération. L'excision du cul-de-sac supérieur gauche fut exécutée le 4 avril 1899.

Le malade resta 8 jours à la clinique, ou on lui appliqua des compresses glacées sur la paupière, pour combattre les petits phénomènes inflammatoires.

Dix jours après, les cautérisations avec le nitrate d'argent (0,25 pour 10 d'eau), neutralisé avec de l'eau salée, furent faites deux fois par semaine.

Quinze jours après l'opération, le malade se sentait beaucoup mieux. Deux mois après l'amélioration était telle que le malade ouvrait très facilement l'œil gauche; la cornée qui était couverte par un pannus épais avant l'opération, s'était beaucoup éclaircie, et la vue commençait à être distincte.

Cinq mois après, l'œil était guéri.

Le 28 septembre 1899 nous avons examiné les yeux et nous les avons trouvés dans l'état suivant :

Œil gauche complètement guéri.

Il ne reste que quelques petites cicatrices conjonctivales qui ne sont nullement gênantes. Mouvements de la paupière et du globe de l'œil absolument normaux.

La cornée est complètement transparente. Acuité visuelle normale.

Œil droit. — En retroussant la paupière supérieure, on voit le cul-de-sac rempli de granulations rouge-grisâtres, formant un bourrelet dans ce repli conjonctival. Sur la partie tarsienne, les granulations sont pareilles, mais moins nombreuses; les papilles hypertrophiées, la muqueuse entière injectée et tumescence. La muqueuse de la paupière inférieure présente

aussi des granulations mais moins nombreuses que la supérieure.

La cornée presque entière est couverte d'un vieux pannus assez épais.

La vision distincte est nulle.

Le 5 octobre. M. Galezowski a procédé à l'excision du cul-de-sac supérieur droit.

Le 6. Le malade a bien dormi; pas de fièvre ni de grandes souffrances la paupière est œdématiée; l'ecchymose cutanée existe sur toute l'étendue de la paupière; compresses glacées, vaseline.

Le 7. Le malade est parti.

Le 9. Le malade est venu à la clinique. Nous avons constaté la disparition des phénomènes inflammatoires. Les cautérisations au nitrate d'argent (0,25 pour 10 gr. d'eau) furent ordonnées.

Depuis ce temps, le malade est venu deux fois par semaine se faire toucher par le nitrate d'argent. A la fin du mois de novembre, nous avons constaté la résolution complète du pannus, et le malade commence à voir clair.

La cornée à la partie supérieure est encore dépolie.

Le 8 janvier 1900. Le malade ouvre l'œil très bien. Les granulations n'existent presque plus. Il n'y a pas de trace de sécrétion. L'acuité visuelle est telle que notre malade a repris ses occupations de mécanicien.

OBSERVATION V

Due à M. Renouard.

Albert K., âgé de 29 ans, journalier, demeurant à Paris et possédant une constitution vigoureuse.

Au commencement de 1896 le malade commença à souffrir de l'œil gauche. Excepté quelques picotements auxquels il ne fit pas attention, il n'y eut pas d'autres symptômes plus gênants de la vision.

Le 15 mars. Il se présente à la clinique de la rue Dauphine, où M. Galezowski diagnostiqua : conjonctivite granuleuse gauche de date récente. Il y avait un commencement d'ulcération de de la cornée, de la douleur, de la photophobie et du larmoiement. M. Galezowski ordonna l'application de sangsues à la tempe gauche et d'atropine. Trois jours après, le 18 mars, on commença par l'application de la solution suivante :

Nitrate d'argent 0,02 centigr.

Eau distillée. 10 grammes

Après un mois et demi de traitement, le malade se trouva assez soulagé pour qu'il pût reprendre ses occupations. Pendant 8 mois, il ne suivit aucun traitement. Au bout de ce temps, l'œil gauche redevint malade. Etant gêné pour travailler le malade se présenta à la clinique le 7 juin 1898, où on trouva des granulations plus nombreuses qu'auparavant, avec des phénomènes inflammatoires. Sangsues et douches phéniquées (1 p. 100). — Cette fois-ci il fut encore soulagé, et il quitta la clinique jusqu'au mois d'août 1899 époque à laquelle

il revint avec deux yeux malades, l'œil droit étant congestionné et plus malade que l'œil gauche, en voie de guérison. Le traitement habituel fut institué, jusqu'au mois de novembre, sans succès pour l'œil droit.

Etat des yeux le 2 novembre 1899 :

La conjonctive de l'œil gauche présente des petites plaques et des bandelettes blanc jaunâtres de cicatrices. Le reste de la conjonctive est injecté légèrement. Pas de granulations.

La cornée gauche claire et transparente. La conjonctive de l'œil droit est recouverte de granulations. La cornée présente sur son segment supérieur de nombreux ulcères superficiels, avec une vascularisation assez intense du même segment. Le larmolement, la photophobie, la sensation de graviers sous les paupières sont les symptômes fonctionnels. Le malade travaille avec peine ; il ne peut ni lire ni écrire.

Le 5. On procède à l'excision du cul-de-sac supérieur droit. Compresses froides.

Le 7. Œdème et ecchymose de la paupière supérieure droite. Même traitement.

Le 9. L'œdème et l'ecchymose persiste. Larmolements, photophobie, douleurs lancinantes péri orbitaires. Atropine.

Le 14. L'œdème et l'ecchymose ont disparus.

Le 17. Les douleurs périorbitaires sont très vives. 4 sangsues à la tempe droite. Atropine.

Le 20. Les douleurs se sont dissipées. Traitement : solution de nitrate d'argent (0,25 centigrammes, eau distillée 10 grammes ; neutralisée : sel 3 grammes pour 10 grammes d'eau.

Le 30. La cornée commence à s'éclaircir.

Le 14 décembre. Les cautérisations sont supprimées, et on ordonne des douches phéniquées.

Le 20. Le malade est guéri. Les mouvements des yeux et la vision sont normaux.

OBSERVATION VI (personnelle) 1^{re}.

Baillard Charles, âgé de 42 ans, boucher, de constitution robuste, se présente à la clinique de la rue Dauphine de M. le docteur Galezowski il y a trois mois, pour se faire soigner d'une maladie des yeux dont il souffre depuis très longtemps.

En effet, le malade raconte que sa maladie a commencé depuis l'âge de 7 ans, par des picotements et des larmolements, et il ajoute qu'il avait les yeux très rouges. A ce moment, il n'a pas songé à se faire soigner sérieusement, il est allé consulter le pharmacien le plus rapproché qui lui a recommandé l'usage d'un collyre.

Mais n'ayant obtenu aucun résultat favorable de l'emploi de ce collyre, il est allé se faire soigner par M. Desmarres, à ce moment M. Galezowski était son chef de clinique.

On proposa alors au malade de faire la désobstruction des voies lacrymales, mais le jeune âge du malade le faisait craindre certainement l'intervention, ayant entendu le mot opération, il n'a pas accepté et n'est plus revenu voir M. Desmarres.

Le malade raconte qu'il a presque continuellement souffert de ses yeux. Que si des périodes d'acalmie survenaient, elles ne duraient pas longtemps et se faisaient vite remplacer par des poussées sub aiguës. Il dit avoir perdu un grand nombre

de cils à l'âge de 17 ans, mais malgré cela il ne consulte pas de médecin.

Etat actuel des yeux. — On constate actuellement que les paupières sont presque complètement dépourvues de cils. Les paupières inférieures sont en outre légèrement tournées en dehors en léger ectropion. Les bords des paupières sont rouges.

En retroussant avec le doigt la paupière inférieure de l'œil gauche pendant que le malade regarde en haut, on constate que la conjonctive palpébrale inférieure est très rouge, injectée, légèrement œdématiée et qu'elle présente un grand nombre de granulations irrégulièrement disséminées sur toute l'étendue de la paupière. La même chose est constatée aussi pour la paupière inférieure droite.

Après l'examen des paupières inférieures, on fait l'examen de la conjonctive des paupières supérieures sur la plus grande étendue possible, en faisant remuer les yeux dans tous les sens, et les constatations sont identiques.

En plus, le malade a toujours ses voies lacrymales obstruées.

M. Galezowski fait d'abord l'incision des points lacrymaux.

Et le cathétérisme des voies lacrymales.

Tous les jours on fait dans les yeux du malade des douches d'eau pulvérisée avec une solution de borate de soude :

Borate de soude 3 grammes.

Eau distillée 300 —

Trois fois par jour.

Le cathétérisme des voies lacrymales est fait tous les 2 jours.

Après deux mois de traitement le malade se trouve en voie de guérison. Les granulations disparaissent. Les larmes s'écoulent normalement par leurs voies naturelles.

Aujourd'hui il n'est plus soigné que pour sa blépharite.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Hubert Rougeaux, 15 ans, chez ses parents, atteint de fausses granulations.

A. P. — Il a eu à l'âge de 2 ans la rougeole, à 4 ans la scarlatine, oreillons à 10 ans.

Aucune complication oculaire après ces maladies.

La maladie actuelle a débuté chez lui il y a trois ans.

Il s'est présenté à la clinique de M. Galezowski le 3 avril 1900, sans avoir été soigné auparavant.

Etat actuel. — Les paupières sont boursouflées, du larmoie-
ment, picotement. On constate des fausses granulations sur
les paupières supérieures et inférieures des deux côtés.

Les conduits lacrymaux ne laissent pas passer une injection.

Traitement : On lui prescrit des douches d'eau pulvérisée
avec :

Borate de soude 3 grammes.

Eau distillée 300 —

On lui passe la sonde tous les deux jours pour désobstruer
les voies lacrymales.

Après avoir suivi ce traitement, peu à peu les phénomènes
morbides s'atténuent et le 27 mai le malade est guéri. La con-
jonctive a repris sa coloration normale, pas de traces de gra-
nulations.



CONCLUSIONS

En présence des considérations précédentes, nous pouvons tirer les conclusions pratiques suivantes :

I. — Le traitement des granulations vraies et fausses est différent. Le diagnostic exact de la lésion, doit donc être posé dès le commencement.

II. — Les fausses granulations ne pouvant jamais guérir par les cautérisations, qui leur sont au contraire nuisibles, c'est à leur cause qu'il faudra s'adresser pour obtenir la guérison.

III. — Quant au traitement de la vraie granulation, du trachome, il y a à distinguer deux cas, suivant que la maladie se trouve au début ou à la période d'état. Dans le premier cas, les cautérisations sont suffisantes pour achever la guérison. Dans le deuxième, quand les culs-de-sac sont pris, il n'y a que le traite-

ment chirurgical, qui puisse donner des résultats favorables, c'est-à-dire, l'excision des culs-de-sacs conjonctivaux.

Vu : le Doyen,

Vu : le Président,

BROUARDEL.

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Duplay et Reclus.** — Traité de Chirurgie.
- Kirmisson.** — Traité de Pathologie externe.
- Le Dentu et Delbet.** — Traité de Chirurgie clinique et opératoire.
- Panas.** — Les Maladies des Yeux.
- Desmarres.** — Traité des Maladies des Yeux.
- Galezowski** — Traité des Maladies des Yeux.
- Louvain.** — Mémoire sur les Effets physiologiques et thérapeutiques du Tannin.
- Annales d'Oculistique et Gynécologie.
 - Archiv. fur Ophtalmologie.
 - Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratique.
 - Journal de Médecine et de Chirurgie pratique.
- Fano.** — Maladies des Yeux, Kliniches Monatsblatt, Edinle Med. and Lurg. Journal.
- Pivinger.** — Die Blennorrhæe au Menchenauge.
- Makenzie.** — Traité des Maladies des Yeux.

Follin et Duplay. — Traité élémentaire de Pathologie externe.

Hippocrate. — Œuvres complètes. Ed. Littré.

Fourrey. — Thèse de Paris, 1892.

Voukchewitch. — Thèse de Paris, 1883-84.

Chanzeix. — Thèse de Paris, 1883-84.

Garette. — Thèse de Paris, 1883-84.

Mourruau. — Thèse de Paris, 1883-84.

M^{me} Latycheff. — Thèse de Paris, 1899.

— Revue Clinique de Saint-Petersburg, Berliner Klinische Wochenschrift, Archiv. fur Angenheilkunde.

— Recueil d'Ophtalmologie.

De Wecker et Landolt. — Traité complet d'Ophtalmologie.

Græfe und Sæmich. — Handbuch fur Gesaunte Angenheilkunde.

Græf's Archive.

Benedikt. — Handb der prack Angenh.

Himly. — Die Krank u. Misbild des Menchen Anges.

Abadie. — Traité des Maladies des Yeux, Clinique ophtal

— mologique de Japs et Darrier.

